

## تاثیر مقاربت جنسی در جلوگیری از حاملگی طولانی تر از موعد و کاهش نیاز به القای زایمان در

## مرکز آموزشی درمانی علوی

فیروز امانی<sup>۱</sup>، رقیه درگاهی<sup>۲\*</sup>، سولماز فتحی<sup>۳</sup>، نازیلا وثوقی<sup>۳</sup>، معصومه رستم نژاد<sup>۳</sup>

۱- گروه پزشکی اجتماعی دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۲- گروه زنان و زایمان دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

۳- دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل

## چکیده

**زمینه وهدف:** حاملگی طولانی تر از موعد یکی از مهم ترین معضلات بارداری در مامایی است که علاوه بر عوارض متعدد مادر و جنین لزوم القای زایمان یعنی شروع زایمان با دردهای مصنوعی را مطرح می سازد که این روش خود با عوارض قابل توجهی همراه است. از سوی دیگر مقاربت جنسی باعث تحریک دهانه رحم و بالا رفتن ترشح پروستاگلاندین ها می شود که این امر در زنان حامله ترم می تواند باعث انقباض دهانه رحم و شروع دردهای زایمانی شود. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر مقاربت جنسی در جلوگیری از حاملگی طولانی تر از موعد و کاهش نیاز به القای زایمان انجام شده است.

**روش کار:** این مطالعه از نوع مورد- شاهدهی بوده که بر روی ۱۶۱ زن باردار ترم با حاملگی کم خطر (بالای ۳۶ هفته) مراجعه کننده به درمانگاه مراقبت های بارداری بیمارستان علوی اردبیل در سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ انجام شده است. در هر ویزیت هفتگی، از این افراد در مورد انجام مقاربت جنسی در هفته قبل از آن سوال شد. اطلاعات بدست آمده از وضعیت و نتایج زایمان در افرادی که مقاربت داشته (گروه مورد) و آنهایی که نداشتند (گروه شاهد) مقایسه گردید. داده ها در نرم افزار SPSS با آزمون های آماری کای دو و t تجزیه و تحلیل شد.

**یافته ها:** در میان ۱۶۱ زن حامله ترم، ۸۱ زن در هفته های آخر حاملگی (ترم) با میانگین  $2/7 \pm 1/4$  بار در هفته مقاربت جنسی داشته و ۸۰ نفر مقاربت جنسی نداشتند. میزان نیاز به القاء در گروه مورد بطور معنی داری کمتر از گروه شاهد بود ( $P=0/016$ ). در بین دو گروه مورد و شاهد از نظر میزان سزارین و زایمان خود به خود ( $P=0/46$ ) و نیز حاملگی طول کشیده بود ( $P=0/32$ ) اختلاف معنی دار آماری مشاهده نشد. **نتیجه گیری:** مقاربت جنسی در زمان حامله ترم میتواند باعث کاهش میزان نیاز به القا زایمان گردد.

**کلمات کلیدی:** مقاربت جنسی، القای زایمان، حاملگی طولانی تر از موعد

**مقدمه:**

حاملگی طولانی تر از موعد به نوعی حاملگی گفته می شود که بیش از ۴۲ هفته از اولین روز آخرین قاعدگی آن گذشته باشد (۱). حاملگی طولانی مدت عامل مهمی در مرگ و میر حول و پیرامون زایمان به شمار می رود که مکانیسم آن به طور کامل روشن نشده و شیوع حاملگی طولانی مدت ۱۴-۴ در صد می باشد حاملگی های مذکور از مهم ترین معضلات مامایی بشمار می روند (۲ و ۳). حاملگی با خطرات متفاوتی مانند فشارهای روانی ناشی از ترس و انتظار در اثر عدم شروع درد زایمان، صدمات فیزیکی ناشی از وضع حمل نوزاد درشت، خونریزی پس از زایمان به علت شل شدن رحم، عفونت پس از زایمان و بستری شدن طولانی مدت در بیمارستان همراه است (۴). عموماً منطقی است برای کاهش مرگ و میر حول و حوش زایمان در حاملگی طولانی مدت، خاتمه دادن به حاملگی قبل از رخ دادن عوارض پره ناتال انجام گیرد (۲). بنابراین این حاملگی ها لزوم القا زایمان یعنی زایمان توسط روشهای مصنوعی را مطرح می سازد (۵). روشهای مختلفی جهت القای زایمان به منظور پیشگیری از طولانی شدن حاملگی مورد استفاده قرار گرفته است. از جمله این روشها می توان به روشهای دارویی، مکانیکی، جراحی و روشهای جایگزین اشاره کرد ولی تا کنون هیچ روشی که فاقد عوارض مادری و جنینی باشد گزارش نشده است (۵). روشهای مختلفی جهت آماده سازی (Ripening) دهانه رحم قبل از القای زایمان وجود دارد تا احتمال موفقیت القاء را بهبود بخشد. این روشها شامل روشهای مکانیکی و طبی (پروستاگلاندین های E1, E2 هستند) (۴). مطالعات متعددی تاثیر پروستاگلاندین را در بهتر کردن وضعیت سرویکس و نیز کوتاه کردن مدت القاء نشان داده است (۶). تجویز پروستاگلاندین E بصورت واژینال می تواند فاصله

زمانی بین القای زایمان، شکست القاء و احتمال سزارین را کاهش دهد (۷).

عده ای از زنان باردار و تعدادی از پزشکان معتقدند که فعالیت جنسی در زمان بارداری میتواند شروع زایمان را تحریک کند از آنجا که مایع منی حاوی پروستاگلاندین E بوده و غلظت آن در موکوس سرویکس خانم باردار ۲-۴ ساعت بعد از مقاربت ۵۰-۱۰ برابر افزایش می یابد، همچنین تحریک پستان ها و ارگاسم مادر باعث افزایش تولید اکسی توسین و ایجاد انقباضات رحمی می شود که می تواند شروع زایمان را تحریک کند (۸).

غلظت پروستاگلاندین موکوس دهانه رحم ۲ ساعت بعد از نزدیکی را تا ۱۰ برابر حالت عادی تخمین زده اند (۹). تحریک پرده های جنینی بر اثر مقاربت نیز همراه با بالا رفتن ترشح پروستاگلاندین ها و القای زایمان می باشد (۱۰). از طرفی مقاربت جنسی باعث ارگاسم و افزایش انقباضات رحم می شود بطوری که با مانیتورینگ انقباضات رحم در افراد حامله ترم افزایش فعالیت رحم را بعد از مقاربت مشاهده کرده اند (۱۱). بنابراین از نظر بیولوژیکی معقول است که انجام فعالیت جنسی به علت وجود پروستاگلاندین E در مایع منی باعث شروع زایمان شود (۱۲). تعدادی از مطالعات انجام مقاربت جنسی را با شروع زایمان مرتبط نمی دانند (۹، ۱۳، ۱۴). انجام زایمان واژینال بدون انجام القاء و پیشگیری از زایمان طولانی تر از موعد برای مادر و جنین جنبه حیاتی دارد از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر مقاربت جنسی در جلوگیری از حاملگی طولانی تر از موعد و کاهش نیاز به القاء صورت گرفت.

**روش کار:**

این مطالعه به صورت مورد - شاهدهی پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق بیمارستان از سال ۱۳۸۹-۱۳۹۰ در زنان حامله ترم (بالای ۳۶ هفته) با خطر پایین مراجعه کننده به درمانگاه مراقبتهای بارداری بیمارستان آموزشی علوی انجام شد.

در هر ویزیت هفتگی مراقبت های حاملگی از این افراد در مورد انجام مقاربت جنسی در هفته قبل از آن سوال شد و یادداشت گردید. سپس طول مدت بارداری، نیاز به القای زایمان، طولانی شدن حاملگی به بیش از ۴۰ هفته و نوع زایمان هر کدام از شرکت کنندگان در مطالعه به طور جداگانه توسط همکار پژوهش یادداشت گردید. سپس نتایج با یکدیگر مقایسه و مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی و با روش آماری محاسبه گردید و برای هر گروه ۱۰۰ نفر برآورد شد. معیارهای ورود به مطالعه زنان نولی پار با بارداری کم خطر (بدون عوارض حاملگی، بیماری مادری و عوارض جنینی) بود تا نیاز به دخالت مامایی جهت ختم زودتر حاملگی، انجام سزارین و ممانعت از انجام فعالیت جنسی وجود نداشته باشد. شرایط خروج از مطالعه شامل تهدید به سقط، خونریزی سه ماهه سوم بارداری، سابقه زایمان زودرس، حاملگی طول کشیده، پارگی پیش از موعد کیسه آب، تاخیر رشد داخل رحمی، مادران با فشار خون بالا، دیابت حاملگی، پلی هیدروآمنیوس چند قلوئی بود. از میان ۲۰۰ زن مورد مطالعه ۳۹ نفر به علت عدم مراجعات بعدی و عدم مراجعه جهت زایمان از مطالعه حذف شدند. از افراد مورد بررسی در کنار معاینات دوران بارداری پرسشنامه های مربوط به مقاربت جنسی در هفته توسط همکار طرح تکمیل شد. واحدهای مورد پژوهش در صورت داشتن مقاربت جنسی در هفته قبل از ویزیت (گروه مورد) و در صورت نداشتن مقاربت در هفته قبل از ویزیت (گروه شاهد) در نظر گرفته شدند. در هر ویزیت از آنها خواسته شد که هفته آینده جهت مراقبت های بارداری مراجعه نمایند. در مورد انجام مراقبت هیچگونه پیشنهاد یا منعی نشد و جهت جلوگیری از تحت تاثیر قرار گرفتن بیماران در مورد روش مطالعه به آنان اطلاعی داده نشد تا تغییر انگیزه و روش ایجاد نشود. سن بارداری در هر مراجعه بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) محاسبه شد و در صورت

طولانی تر شدن حاملگی به بیش از ۴۰ هفته یادداشت و بررسی های مناسب انجام شد. القای زایمان برای این افراد در صورت عدم شروع درد های زایمان بعد از ۴۱ هفته انجام شد. به هنگام شروع درد زایمان، معاینات و کنترل زایمان توسط فردی که از وضعیت بیمار در مورد داشتن یا نداشتن فعالیت جنسی اطلاع نداشت انجام شد. وضعیت زایمان و نوع آن یادداشت و در صورت نیاز به القای زایمان معاینه اولیه جهت تعیین نرمی و آمادگی سرویکس انجام و سپس القاء شروع و مدت زایمان یادداشت گردید. داده ها در نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) با استفاده از آزمون های آماری کای دو و t انجام شد. سطح معنی دار در این مطالعه کمتر ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته ها:

از میان ۲۰۰ زن باردار ترم با میانگین سنی  $24 \pm 1/4$  که در طول یکسال وارد مطالعه شده بودند، ۳۹ نفر به علت عدم مراجعات بعدی از مطالعه حذف شدند. در میان ۱۶۱ زن حامله ترم، ۸۰ زن در هفته های آخر حاملگی (ترم) با میانگین  $2/7 \pm 1/4$  بار در هفته مقاربت جنسی داشته (گروه مورد) و ۸۱ نفر مقاربت جنسی نداشتند (گروه شاهد). طول متوسط بارداری در دو گروه مورد و شاهد ۳۹ هفته بود. میزان نیاز به القا در گروه مورد ۳۹ نفر ( $48/8$ ) در صد) و در گروه شاهد ۵۴ نفر ( $67/7$  درصد) بود که از نظر آماری تفاوت معنی داری باهم داشتند ( $P=0/016$ ).

زایمان خود به خود در ۴۹ نفر گروه مورد ( $61/2$  درصد) و ۴۸ نفر ( $59/3$  درصد) گروه شاهد و زایمان سزارین در ۳۱ نفر گروه مورد ( $38/8$  درصد) و ۳۳ نفر گروه شاهد ( $40/7$  درصد) اتفاق افتاد ( $P=0/46$ ). زایمان بعد از ۴۰ هفته در گروه مورد در ۷ نفر ( $8/6$  درصد) و در گروه شاهد ۸ نفر ( $10$  درصد) بود ( $P=0/49$ ). از نظر آماری تفاوت معنی داری در

این دو گروه از نظر نوع زایمان و طول مدت حاملگی مشاهده نشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: نتیجه بارداری در دو گروه مورد و شاهد

گروه مورد	تعداد	درصد	گروه شاهد	تعداد	درصد	آزمون آماری کای دو
زایمان واژبنال	۴۹	۶۱/۲	۴۸	۵۹/۳	P=۰/۴۶	
زایمان سزارین	۳۱	۳۸/۸	۳۳	۴۰/۷		
زایمان طول کشیده	۸	۱۰	۷	۸/۶	P=۰/۴۹	
انجام القا	۳۹	۴۸/۸	۵۴	۶۷/۷	P=۰/۰۱۶	
عدم انجام القا	۴۱	۵۱/۲	۲۷	۳۳/۳		

#### بحث:

مطالعه حاضر جهت بررسی اثر مقاربت جنسی در جلوگیری از حاملگی طولانی تر از موعد و کاهش نیاز به القای زایمان صورت گرفت. طول متوسط بارداری در دو گروه مورد و شاهد ۳۹ هفته بود در مطالعه ترکستانی و شیفر نیز در آن هایی که هیچ گونه فعالیت جنسی در نیمه دوم بارداری نداشتند طول مدت بارداری به طور متوسط ۳۹/۳ هفته بود، و در آن هایی که فعالیت جنسی داشتند، به ترتیب ۳۹/۹ و ۳۹/۱۴ هفته بود (۱۵ و ۹). اما در مطالعه دیگری که توسط پنگ چیونگ روی ۳۴۴ زن باردار انجام شد، نشان داده شد که ۶/۹ درصد آن هایی که مقاربت را ذکر کردند، مدت بارداری آن ها تا ۴۱ هفته طول کشید. ولی ۲۹/۱ درصد از آن هایی که مقاربت نداشتند مدت بارداری آنها تا ۴۱ هفته طول کشید (۸). نتایج این مطالعه نشان داد که انجام مقاربت در زمان ترم باعث کاهش نیاز به القا زایمان می شود. این نتایج با مطالعه تان در سال ۲۰۰۶ همخوانی دارد (۱۶). در بررسی تاثیر مقاربت در جلوگیری از حاملگی طول کشیده و طول مدت بارداری مشخص شد که انجام مقاربت جنسی در اواخر بارداری هیچ نقشی در

طول مدت بارداری و پیشگیری از حاملگی طول کشیده ندارد، این نتایج با نتایج مطالعات شیفر (۲۰۰۶)، تان (۲۰۰۷) و فاکس (۲۰۰۷) همخوانی داشت (۹، ۱۰، ۱۳). اما بر خلاف یافته مطالعه حاضر در مطالعه پنگ چیونگ نشان داده شده که فعالیت جنسی در بارداری سبب تسریع زایمان می شود و طول مدت زایمان کاهش پیدا می کند (۸). در بررسی های انجام شده مقاربت بر روی نوع زایمان تاثیری نداشت (۱۵).

از محدودیت های این پژوهش می توان به این نکته اشاره نمود که نقش ارگاسم در افراد مورد مطالعه و همچنین وضعیت قرار گرفتن زن حامله هنگام مقاربت و نیز از نظر ریخته شدن مایع منی در واژن و ارتباط آن با ایجاد عوارض در حاملگی مورد بررسی قرار نگرفت. در انتها پیشنهاد می شود مطالعات دیگری در این زمینه ها با نمونه های بیشتر انجام شود.

#### نتیجه گیری

به نظر می رسد که مقاربت جنسی در هفته های آخر حاملگی می تواند باعث کاهش نیاز به القای زایمان گردد ولی بر روی نوع زایمان و طول مدت زایمان

و همچنین در پیشگیری از حاملگی طول کشیده  
تأثیری ندارد.  
از پرسنل محترم درمانگاه زنان و زایمان و همچنین  
پرسنل محترم اتاق زایمان بیمارستان علوی اردبیل  
به خاطر همکاری در انجام این تحقیق صمیمانه تشکر  
و قدردانی می شود.

### تشکر و قدر دانی

### منابع

۱. هکر نویل. ضروریات بیماریهای مامایی و زنان هکر-مور (۲۰۰۴): ترجمه سالارملک محمدی، سارا آرین مهر: زیر نظر فاطمه قائم مقامی. تهران (۱۳۸۴). انتشارات تیمورزاده - نشر طبیب. صفحه ۱۸۵.
2. Gary Cunningham F, Leveno Kenneth J, Bloom Steven L, Hauht John C, Gilstrap III LarryC, Wensrtom Katharine D. Williams Obstetrics. 22nd ed. New York: Mc Graw Hill. 2005:822-890.
۳. محمدی نیا ندا، رضایی محمد علی، لری پور مرضیه، وزیری نژاد رضا. بررسی تأثیر خاکشیر در اواخر بارداری بر شروع خود به خودی و سیر زایمان در زنان نخست زا. مجله طبیب شرق. دوره ۱۰، شماره ۲، تابستان ۸۷، صفحه ۷۹-۸۶.
۴. آذرکیش فاطمه، آبسالان نسرين، رودباری مسعود، براهویی فریده، میر لاشاری فریده، بامری مهرناز. بررسی اثر روغن کرچک خوراکی بر شروع درد زایمان در حاملگی طول کشیده. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان. دوره ۱۳ پاییز ۱۳۸۷، صفحه ۶-۱.
5. Luthy DA, Malmgren JA, Zingheim RW. Cesarean delivery after elective induction in nuliparous women: the physician effect. Am j obstet gynecol 2004 ;191 (5) : 1511-15.
۶. ربیعی صغری عرب ملیحه ، شکرپورمریم. بررسی مقایسه ای تأثیر شیاف پروستاگلندین با برهنه کردن پرده ها در نرم کردن سرویکس و کوتاه شدن زمان لیبر. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی همدان دوره پانزدهم، شماره ۱، بهار ۱۳۸۷، صفحه ۴-۲۷.
۷. موحد فریده، محمد ابراهیم گیتی . مقایسه اثر شیاف واژینال و آمپول پروستاگلاندین E2 در ختم حاملگی های سه ماهه دوم. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، ۱۳۸۲، صفحه ۵۸-۶۲.
8. Peng chiong T, Anggeriana A, Noor A, Noraihan Mn. Effect of coitus at Term on length of Gestation, induction of labor and mode of delivery. Obstet Gynecol 2006:108(1):134-40.
9. Schaffir J. Sexual intercourse at term and onset of labor., Obstetrics And[Obstet Gynecol], 2006 Jun; Vol. 107 (6):1310-4.

10. Tan P, Yow CM, Omar SZ. Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007 Oct;110(4):820-6.

11. Schaffir J. Survey of folk beliefs about induction of labor. *Birth* 2002 Mar;29(1):47–51.

12. Tan P C, Yow C M, Omar S Z . Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome . *Obstet Gynecol* 2009; 50(11) : 1062-7.

13. Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy are not associated with the onset of labor and mode of delivery in low risk term nulliparous women. *J Womens Health (Larchmt)*. 2008 Nov;17(9):1431-5.

14. Susman J. Intercourse doesn't hasten onset of labor. *J Fam Pract* 2006;55(9):757.

۱۵. ترکستانی فرحناز، هداوند شهرزاد، دواتی علی، نفیسه ظفر قندی، ساور سفلی مهدیه. تعیین اثر مقاربت در نیمه دوم حاملگی بر نتایج بارداری. دوماهنامه علمی - پژوهشی دانشور پزشکی دانشگاه شاهد ۱۳۸۸. سال شانزده (شماره ۸۰): ۲۹-۲۰

16. Tan PC, Andi A, Azmi N, Noraihan MN. Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2006 Jul;108(1):134-40